

بسم الله الرحمن الرحيم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل
دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای تخصصی در رشته داخلی

عنوان

**بررسی اثرات ماست پروبیوتیک در کنترل علائم بالینی
سندرم روده تحریک پذیر**

استاد راهنما:

دکتر عباس یزدانبد

اساتید مشاور:

۱- دکتر فرهاد پور فرضی

۲- دکتر زهرا تذکری

نگارش:

افسانه انتشاری مقدم

تقدیم به اساتید بزرگوار:

جناب آقای دکتر عباس یزدانبد
جناب آقای دکتر فرهاد پور فرضی
و خانم دکتر زهرا تذکری

تقديم به:

پدر و مادر بزرگوارم

تقدیم به همسر عزیزم:

جناب آقای دکتر مهرداد میرزا رحیمی

تقديم به فرزندان دلبندم

فرزام

و

غزاله

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول.....	۱۳
۱-۱- مقدمه:.....	۱۴
۱-۲- بیان مسأله:.....	۱۷
۱-۳- تعریف واژه ها (علمی و کاربردی):.....	۱۸
۱-۴- اهداف و فرضیات:.....	۱۹
۱-۴-۱- هدف کلی:.....	۱۹
۱-۴-۲- اهداف اختصاصی:.....	۱۹
۱-۴-۳- اهداف کاربردی:.....	۱۹
۱-۴-۴- فرضیات:.....	۱۹
فصل دوم.....	۲۱
۲-۱- اپیدمیولوژی:.....	۲۲
۲-۲- مبانی نظری:.....	۲۲
۲-۲-۱- تشخیص های افتراقی درد شکم:.....	۲۳
۲-۲-۲- اسهال و یبوست (تغییرات اجابت مزاج):.....	۲۵
۲-۲-۳- تعریف اسهال:.....	۲۶
۲-۲-۴- رویکرد به اسهال:.....	۲۶
۲-۲-۵- یبوست مزمن:.....	۲۸
۲-۲-۶- رویکرد به یبوست.....	۱۸
۲-۲-۷- IBS (سندرم روده تحریک پذیر):.....	۳۱
۲-۲-۸- معیارهای Rome II.....	۳۲
۲-۲-۹- تظاهرات بالینی:.....	۳۲
۲-۲-۱۰- درد شکم:.....	۳۳
۲-۲-۱۱- تغییر اجابت مزاج:.....	۳۴

۱۲-۲-۲- دفع گاز و نفخ:	۳۵
۱۳-۲-۲- نشانه های گوارشی فوقانی:	۳۵
۳-۲- پاتوفیزیولوژی:	۳۵
۴-۲- رویکرد تشخیصی IBS:	۳۷
۵-۲- درمان:	۲۸
۶-۲- بررسی متون:	۴۳
فصل سوم:	۴۶
۱-۳- نوع مطالعه:	۴۷
۲-۳- جامعه تحت مطالعه:	۴۷
۳-۳- حجم نمونه:	۴۷
۴-۳- روش نمونه گیری:	۴۷
۵-۳- روش گردآوری اطلاعات:	۴۷
۶-۳- روش کار:	۴۸
۷-۳- شاخص حذف:	۴۸
۸-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها:	۴۸
۹-۳- ملاحظات اخلاقی:	۴۹
فصل چهارم:	۵۰
۱-۴- نتایج:	۵۱
فصل پنجم:	۸۱
۱-۵- بحث:	۷۰
۲-۵- نتیجه گیری:	۸۵
۳-۵- پیشنهادات:	۸۵
منابع و مأخذ:	۸۶
پیوست:	۷۸

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
-------	------

نمودار ۱-۴: توزیع فراوانی جنسی شرکت کنندگان در مطالعه.....	۵۳
--	----

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۴: توزیع فراوانی میزان تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه.....	۵۴
جدول ۲-۴: توزیع فراوانی وضعیت تأهل در شرکت کنندگان در مطالعه.....	۵۵
جدول ۳-۴: توزیع فراوانی سابقه فامیلی در شرکت کنندگان در مطالعه.....	۵۶
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی درد شکمی در شرکت کنندگان در مطالعه قبل از شروع مداخله.....	۵۷
جدول ۵-۴: توزیع فراوانی درد شکمی در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از شروع مداخله.....	۵۸
جدول ۶-۴: توزیع فراوانی درد شکمی در شرکت کنندگان در مطالعه چهار هفته پس از شروع مداخله.....	۵۹
جدول ۷-۴: توزیع فراوانی درد شکمی در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از اتمام مداخله.....	۶۰
جدول ۸-۴: توزیع فراوانی قوام مدفوع در شرکت کنندگان در مطالعه قبل از شروع مداخله.....	۶۱
جدول ۹-۴: توزیع فراوانی قوام مدفوع در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از شروع مداخله.....	۶۲
جدول ۱۰-۴: توزیع فراوانی قوام مدفوع در شرکت کنندگان در مطالعه چهار هفته پس از شروع مداخله.....	۶۳
جدول ۱۱-۴: توزیع فراوانی قوام مدفوع در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از اتمام مداخله.....	۶۴
جدول ۱۲-۴: توزیع فراوانی دفعات دفع در شرکت کنندگان در مطالعه قبل از شروع مداخله.....	۶۵
جدول ۱۳-۴: توزیع فراوانی دفعات دفع در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از شروع مداخله.....	۶۶
جدول ۱۴-۴: توزیع فراوانی دفعات دفع در شرکت کنندگان در مطالعه چهار هفته پس از شروع مداخله.....	۶۷
جدول ۱۵-۴: توزیع فراوانی دفعات دفع در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از اتمام مداخله.....	۶۸
جدول ۱۶-۴: توزیع فراوانی نفخ در شرکت کنندگان در مطالعه قبل از شروع مداخله.....	۶۹
جدول ۱۷-۴: توزیع فراوانی نفخ در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از شروع مداخله.....	۷۰
جدول ۱۸-۴: توزیع فراوانی نفخ در شرکت کنندگان در مطالعه چهار هفته پس از شروع مداخله.....	۷۱
جدول ۱۹-۴: توزیع فراوانی نفخ در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از اتمام مداخله.....	۷۲
جدول ۲۰-۴: توزیع فراوانی سوزش سردل در شرکت کنندگان در مطالعه قبل از شروع مداخله.....	۷۳
جدول ۲۱-۴: توزیع فراوانی سوزش سردل در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از شروع مداخله.....	۷۴
جدول ۲۲-۴: توزیع فراوانی سوزش سردل در شرکت کنندگان در مطالعه چهار هفته پس از شروع مداخله.....	۷۵
جدول ۲۳-۴: توزیع فراوانی سوزش سردل در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از اتمام مداخله.....	۷۶
جدول ۲۴-۴: توزیع فراوانی تهوع در شرکت کنندگان در مطالعه قبل از شروع مداخله.....	۷۷
جدول ۲۵-۴: توزیع فراوانی تهوع در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از شروع مداخله.....	۷۸

جدول ۲۶-۴: توزیع فراوانی تهوع در شرکت کنندگان در مطالعه چهار هفته پس از شروع مداخله ۷۹

جدول ۲۷-۴: توزیع فراوانی تهوع در شرکت کنندگان در مطالعه دو هفته پس از اتمام مداخله ۸۰

خلاصه:

مقدمه:

IBS نوعی اختلال فانگشنال روده ائی است که شیوع بالائی در کلیه کشورهای دنیا و از جمله در ایران دارد با توجه به عدم وجود درمان مؤثر و مزمن بودن بیماری که معمولاً با تشویش و اضطراب بیماران و درمانده شدن پزشک معالج همراه است پیدا کردن راه حل درمانی مؤثرتری که بتواند علائم بیماران از جمله درد شکم، و تغییرات اجابت مزاج را کنترل نماید ضروری به نظر می رسد. هدف این مطالعه بررسی اثرات ماست پروبیوتیک در کنترل علائم بیماری IBS می باشد.

روش کار:

۶۰ بیمار با تشخیص IBS که به درمانگاه گوارش بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده بودند به دو گروه A و B بطور تصادفی تقسیم شده و تحت درمان با ماست پروبیوتیک و معمولی که آن هم توسط کارخانه کدبندی شده بود قرار گرفتند مطالعه به صورت دو سوکور انجام شد.

نتایج:

در این مطالعه ۶۰ نفر بیمار مبتلا به IBS مورد بررسی قرار گرفتند میانگین سنی افراد شرکت کننده $9 \pm 34/1$ سال بود که در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی دار نداشتند ۳۶ نفر (۶۰٪) از بیماران زن و بقیه مرد بودند از نظر مدت زمان شروع بیماری در دو گروه تقریباً مشابه بود میانگین زمانی شروع علائم در گروه مداخله ۵/۷ و کنترل ۶/۵ سال بود بعد از مداخله علائم بالینی در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت و مشاهده شد که در گروه مداخله شدت درد و نفخ کاهش یافت که این کاهش از نظر آماری معنی دار بود و لیکن مصرف ماست پروبیوتیک تأثیری در علائم بالینی سوزش سردل، تهوع، دفعات اجابت مزاج و قوام مدفوع نداشت.

واژه های کلیدی: (IBS)، Rome II، ماست پروبیوتیک و سندرم روده تحریک پذیر.

فصل اول

طرح تحقیق

۱-۱- مقدمه:

سندرم روده تحریک پذیر اغلب نوعی اختلال عملکردی به حساب می آید زیرا هیچگونه اتیولوژی ساختمانی، بیوشیمیایی یا عفونی برای آن یافت نشده است. به نظر می رسد که اختلال اساسی مربوط به اختلال در عملکرد حرکتی یا حسی دستگاه گوارش باشد. دیگر اختلالات عملکردی دستگاه گوارش شامل درد سینه غیر قلبی، سوء هاضمه بدون وجود زخم پپتیک و دیسکینزی صفراوی می باشد. تشابه میان این اختلالات و IBS نشان می دهد که آنها دارای مکانیسم های پاتوفیزیولوژیک مشترکی هستند. اختلالات عملکردی روده ها اغلب به اشتباه به استرس نسبت داده می شدند. با وجود تحقیقات گسترده هنوز ثابت نشده است که استرس و هیجان عامل بروز IBS باشند، هر چند در بسیاری از بیماران، استرس سبب تشدید IBS می شود.

به نظر می رسد که IBS اغلب ناشی از تغییر در حرکات کولون است، زیرا علائم مشخصه آن مطابق با اختلال عملکرد روده بزرگ می باشد و درد شکمی بیشتر در نواحی وجود دارد که منسوب به کولون می باشند در بعضی از بیماران، حرکات غیر طبیعی کولون گزارش شده است، اما این یافته ها ارتباط قانع کننده ای با بیماری زایی IBS نداشته اند. همچنین با استفاده از روش های ثبت کننده مداوم حرکات روده اختلالات دیگری مربوط به حرکات روده کوچک نیز شناسایی شده اند اما رابطه آنها با IBS شناخته نشده است. مهمترین یافته در بیماران مبتلا به IBS تغییر در درک حس احشایی است. در بیماران مبتلا به IBS رکتوم، کولون سیگموئید یا روده کوچک باد کردن بالون سبب ایجاد درد شکمی می شود البته این حالت در حجم هایی ایجاد می شود که در گروه کنترل دردناک نیست. در مورد مکانیسم اختلال در احساس درد و اینکه آیا اختلال اساسی در گیرنده ها و نورون های حسی واقع در دیواره روده وجود داشته یا در دستگاه عصبی مرکزی یعنی جایی که حس درد تکمیل شده و به سطح آگاهی می رسد هنوز اطلاعات کمی وجود دارد. مشخص شده است که در نقاط متعددی از روده